

취약계층 여성노인의 연령주기별 건강관련 삶의 질 관련 요인

신 계 영* · 김 은 경**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라는 2017년에 노인인구의 비중이 14.0% 이상의 고령사회, 2026년에는 20.0% 이상으로 초 고령사회가 될 것으로 전망하고 있는데 2007년 평균수명과 건강수명의 차이는 각각 79.5세, 71.0세로 약 10년의 차이가 있고, 같은 해 평균수명의 남녀차이는 남성 76.1세, 여성 82.7세로 약 6년의 차이가 있다(Statistics Korea, 2012). 이는 노인의 생애 동안 질병이나 부상으로 고통 받는 기간이 상당하여 노인의 삶의 질을 저하시키는 심각한 요인이며 특히 여성노인에서 심각함을 의미하므로 보다 건강한 노후 생활을 위한 노인 건강증진 전략을 모색할 필요가 있고 그 중점 대상은 여성노인이라 할 수 있다.

초 고령사회로 진행될수록 여성노인이 남성노인에 비해 수적으로 많아지므로 노인인구의 절대 다수를 차지하는 여성노인의 특수성에 대한 이해는 노인관련 정책의 기본이라 할 수 있다. 여성노인은 과거의 가부장적인 사회 분위기에서 남성에 비해 불리한 교육기회,

경제적 활동 참여와 같은 생애과정을 겪음으로써 노년기에 경험하는 삶의 질이 남성노인과는 다를 수밖에 없을 것이다(Jung, 1997). 기존 연구들에서 여성노인은 남성노인보다 건강관련 삶의 질이 유의하게 낮은 것으로 보고되었다(Kim, J. I., 2013; Lee, 2013; Shin, Byeon, Kang, & Oak, 2008).

노인들이 겪고 있는 주된 어려움은 건강문제(39.3%)와 경제적 어려움(36.4%)으로써(Statistics Korea, 2013), 기초생활수급자 및 차 상위계층으로 불리는 취약계층은 건강에 위한 요인에 노출될 가능성이 높고 위험요인에 노출된 후 이에 대한 대처능력이 약하여 신체적, 정신적으로 악화되기 쉬운 집단이므로(Park, Ma, & Choi, 2010), 취약계층 노인의 건강관련 삶의 질은 낮은 것으로 나타났다(Jeon & Choi, 2010; Park, 2013; Tajvar, Arab, & Montazeri, 2008). 따라서 고령과 여성, 경제적 어려움을 겪고 있는 취약계층 여성노인의 삶의 질 향상을 위한 대책이 중요하다고 하겠다.

특히 여성노인은 3개 이상의 만성질환을 앓고 있는 경우가 54.0%이었고 남성노인은 31.6%이었는데 만성질환을 3개 이상 앓는 노인에서 일상생활능력에 제

* 신한대학교 간호학과 조교수

** 수원과학대학교 간호학과 부교수(교신저자 E-mail: ekkim430@ssc.ac.kr)

투고일: 2014년 7월 6일 심사외뢰일: 2014년 7월 18일 게재확정일: 2014년 8월 27일

• Address reprint requests to: Kim, Eun Kyung

Department of Nursing, Suwon Science College

288, Seja-ro, Jeongnam-myun, Hwaseong-si, Gyeonggi-do, 445-742, Korea

Tel: 82-31-350-2430 Fax: 82-31-350-2076 E-mail: ekkim430@ssc.ac.kr

한을 받는 경우가 66.0%에 달한다고 하였다. 또한 평소 우울을 느끼는 여성노인은 33.6%, 남성노인은 23.3%이었고, 주관적으로 자신의 건강을 나쁘다고 지각하는 여성노인은 46.7%, 남성노인은 38.8%이었다(Statistics Korea, 2013). 이처럼 여성노인은 남성노인에 비해 신체적, 기능적, 심리적 측면에서 취약하여 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 생각된다.

노인을 연령주기별로 구분하면 65-74세의 전기고령노인(young old), 75-84세의 중기고령노인(old old), 그리고 85세 이상의 후기고령노인(oldest old)으로 구분할 수 있는데(Damian, Ruigomez, Pastor, & Martin-Moreno, 1999; Jeon & Choi, 2010), 우리나라의 전기고령노인은 2010년 62.4%에서 2060년 33.7%로 감소하고, 중기고령노인은 2010년 30.8%에서 2060년 36.9%로 증가하며, 후기고령노인은 2010년 6.8%에서 2060년 25.4%로 3.7배 이상 증가할 것으로 예측되고 있어(Statistics Korea, 2010), 인구의 고령화가 세계적인 추세이지만 특히 우리나라는 후기고령노인의 증가가 두드러지는 것이 중요한 특징이다.

노인의 연령주기별 특성은 상이하여 연령이 증가할수록 질병이나 장애 발생을 노화과정으로 수용하거나 생존자로서의 만족을 반영하므로 자신의 건강을 좋게 지각하지만(Damian et al., 1999), 건강관련 삶의 질은 낮은 것으로 보고되었다(Jeon & Choi, 2010; Shin et al., 2008; Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002). 그러므로 모든 노인을 동일 집단으로 간주하기보다는 연령주기별로 특성을 살펴보는 것이 필요하다고 하겠다.

노인들의 삶이 단순한 생존 차원이 아닌, 삶의 질적 향상에 대한 요구가 증가하면서 행복한 삶을 위한 노력이 증가하고 있는데, 노인의 건강관련 삶의 질은 신체적, 정신적, 사회적 건강에 대한 주관적인 태도와 경험에 기초하기 때문에 주관적이고 다차원적인 개념으로 노인의 안녕상태를 평가하기 위해 이용되어 왔다(Borgaonka & Irvine, 2000).

기존 연구에서 노인의 건강관련 삶의 질은 남성(Kim, J. I., 2013; Lee, 2013; Park, 2013), 연령이 적을수록(Jeon & Choi, 2010), 경제상태가 좋을수록(Lee, Kim, & Jung, 2009), 만성질환 수가

적을수록(Yang, Cho, & Lee, 2014), 일상생활활동이 독립적일수록(Kim, J. I., 2013; Lee, 2013; Shin et al., 2008), 우울이 낮을수록(Kim, J. I., 2013; Yang et al., 2014), 주관적 건강상태가 좋을수록(Lee, 2013; Yang et al., 2014), 사회적 지지가 높을수록(Jeon & Choi, 2010; Kim, J. I., 2013) 높았다.

본 연구에서는 취약계층 여성노인의 연령주기별 건강관련 삶의 질에 대한 정보가 미비한 상태에서 신체적 건강관련 특성으로 만성질환 수, 기능적 건강관련 특성으로 일상생활활동(activities of daily living: ADL)과 도구적 일상생활활동(instrumental activities of daily living: IADL), 심리적 건강관련 특성으로 우울과 주관적 건강지각의 다각적인 특성을 고려하여 취약계층 여성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 연령주기별로 살펴보고자 한다.

2. 연구 목적

- 취약계층 여성노인의 연령주기별 특성과 건강관련 삶의 질 수준을 파악한다.
- 취약계층 여성노인의 연령주기별 건강관련 삶의 질 관련요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 취약계층 여성노인들의 연령주기별 건강관련 삶의 질 관련 요인을 규명하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구대상은 일 도시의 방문건강관리사업에 등록되어 건강관리를 받고 있는 대상자 중 65세 이상 여성노인만을 편의 표출하여 연령주기별로 전기고령노인(65-74세, 753명), 중기고령노인(75-84세, 602명), 후기고령노인(85세 이상, 178명)으로 구분한 총 1,533명이다. 방문건강관리사업 대상자는 기초생활보

장수급자와 최저생계비의 120%에 미치지 못하는 차상위계층에 해당하는 취약계층이다.

G*power 3.0 프로그램을 이용한 예상 대상자 수는 다중회귀분석에 필요한 유의수준 .05, 검정력 90%, 효과크기 .15로 하였을 때 154명이 산정되어 본 연구 대상자 수는 필요한 표본수를 충족하였다.

3. 연구 도구

1) 연령주기

노인을 연령별로 65-74세 노인은 전기고령노인(young old), 75-84세 노인은 중기고령노인(old old), 85세 이상 노인은 후기고령노인(oldest old)으로 계층화하였다(Damian et al., 1999; Jeon & Choi, 2010).

2) 건강관련 삶의 질(health-related quality of life: HRQOL)

건강관련 삶의 질은 미국의 Medical Outcome Study에서 개발한 SF-36의 축약형(short form)인 SF-8으로 측정하였다(Ware, Kosinski, Dewey, & Gandek, 2001). SF-8은 1) 일반적 건강(general health) 2) 신체적 기능(physical functioning), 3) 신체적 역할(role-physical), 4) 신체통증(bodily pain), 5) 활력(vitality), 6) 사회적 기능(social functioning), 7) 정서적 역할(role-emotional), 8) 정신건강(mental health)의 8개 영역을 측정하는 포괄적인 건강관련 삶의 질 측정도구로서 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. Kim, Shin과 Kim (2004)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α = .88이었고, 본 연구에서 Cronbach's α = .93이었다.

3) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 교육수준, 직업, 독거유무, 의료보험 종류(의료급여, 건강보험)를 측정하였다.

4) 신체적 건강관련 특성

신체적 건강관련 특성은 만성질환 수를 측정하였다. 만성질환 수는 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 심장질환, 암, 관절염 및 요실금 등 현재 앓고 있는 질환 수이다.

5) 기능적 건강관련 특성

기능적 건강관련 특성은 ADL과 IADL을 측정하였다. ADL 측정도구는 Won 등(2002)이 개발한 한국형 ADL 측정도구로서 옷 입기, 세수하기, 목욕, 식사하기, 이동, 화장실 사용, 대소변 조절의 7개 항목, 3점 척도로, 총점은 7-21점이고 점수가 높을수록 ADL 의존도가 높음을 의미한다. Kim, J. I. (2013)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α = .89이었고 본 연구에서 Cronbach's α = .97이었다.

IADL 측정도구는 Won 등(2002)의 한국형 IADL 측정도구로서 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래하기, 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 전화 사용, 약 챙겨먹기의 10개 항목, 4점 척도로, 총점은 10-40점이고 점수가 높을수록 IADL 의존도가 높음을 의미한다. Kim, J. I. (2013)의 연구에서 신뢰도 Cronbach's α = .88이었고 본 연구에서 Cronbach's α = .98이었다.

6) 심리적 건강관련 특성

심리적 건강관련 특성으로 우울증도와 주관적 건강 지각을 측정하였다. 우울증도는 Kee (1996)의 한국어 판 단축형 노인우울증측정도구로 측정하였고, 응답이 '예'인 경우 0점, '아니오'인 경우 1점으로 환산하였다. 15개 문항 중 부정적인 10개 문항은 역 환산하였다. 총 점수는 0-15점이며 점수가 높을수록 우울증도가 심함을 의미한다. Kee (1996)의 연구에서 Cronbach's α = .88이었고 본 연구에서 Cronbach's α = .81이었다.

주관적 건강지각은 '평소에 자신의 건강은 어떠하다고 생각하십니까?'라는 질문에 '매우 나쁨' 1점, '나쁨' 2점, '보통' 3점, ' 좋음' 4점, '매우 좋음' 5점으로 측정하여 점수가 높을수록 자신의 건강상태를 좋게 지각하는 것을 의미한다.

4. 자료 수집 및 분석 방법

본 연구는 일 도시의 방문건강관리사업의 공개된 원시자료를 이용하였다. 방문건강관리사업의 자료 수집은 방문간호사가 방문건강관리사업에 대해 설명하고 개인 정보제공과 자료수집에 동의한 대상자에게 직접면담식으로 이루어졌다.

Table 1. Participant's General Characteristics and Health-related Quality of Life (N= 1,533)

Characteristics	Young-old (n=753)		Old-old (n=602)		Oldest-old (n=178)		χ^2	p	Young-old (n=753)		Old-old (n=602)		Oldest-old (n=178)	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	HRQOL			M(\pm SD)	t(p)	HRQOL	M(\pm SD)	t(p)	HRQOL
Age	69.8(\pm 2.8)	78.9(\pm 2.6)	87.9(\pm 2.7)											
Education	366(48.6)	212(35.2)	33(18.5)	63.20	<.001	44.08(\pm 6.74)	43.24(\pm 7.42)	42.52(\pm 6.85)						
Uneducated	387(51.4)	390(64.8)	145(81.5)			44.17(\pm 7.23)	43.09(\pm 6.69)	42.71(\pm 7.19)						
Job	15(2.0)	7(1.2)	2(1.1)	1.75	.417	47.64(\pm 5.71)	43.76(\pm 7.09)	46.76(\pm 4.95)						
No	738(98.0)	595(98.8)	176(98.9)			44.06(\pm 7.00)	43.14(\pm 6.95)	42.63(\pm 7.12)						
Living condition	635(84.3)	509(84.6)	155(87.1)	.87	.648	44.51(\pm 7.06)	43.67(\pm 7.01)	42.88(\pm 7.30)						
With family	118(15.7)	93(15.4)	23(12.9)			42.07(\pm 6.23)	40.29(\pm 5.91)	41.31(\pm 5.62)						
Medical insurance	547(72.6)	408(67.8)	127(71.3)	3.88	.144	44.01(\pm 7.03)	43.25(\pm 6.98)	42.68(\pm 7.17)						
Health insurance	206(27.4)	194(32.2)	51(28.7)			44.46(\pm 6.90)	42.91(\pm 6.90)	42.68(\pm 7.01)						

HRQOL=Health-related quality of life

자료 분석은 SPSS 18.0을 이용하여 대상자의 연령 주기별 일반적 특성과 건강관련 특성은 χ^2 -test/ANOVA를 이용하였고 집단 간 차이는 Scheffe 다중 비교 검증법을 이용하였다. 연령주기별 일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질 차이는 t-test를 하였고 건강관련 특성과 건강관련 삶의 질 간의 상관관계는 Pearson correlation으로 분석하였으며 건강관련 삶의 질 관련 요인을 규명하기 위해서는 다중회귀분석(multiple regression)을 이용하였다.

III. 연구 결과

1. 연령주기별 일반적 특성과 건강관련 삶의 질

본 연구대상자의 분포는 전기고령노인 753명(49.1%), 중기고령노인 602명(39.3%), 후기고령노인 178명(11.6%)이었고 평균 연령은 전기고령노인 69.8세, 중기고령노인 78.9세, 후기고령노인 87.9세이었다. 무학노인은 전기고령노인 51.4%, 중기고령노인 64.8%, 후기고령노인 81.5%로 연령주기별로 유의한 차이가 있었다($p<.001$). 직업이 있는 노인은 연령주기별로 2.0% 이내이었고 대부분(84.3-87.1%)이 홀로 거주하고 있었으며 과반수이상(67.8-72.6%)이 의료급여 대상이었다.

일반적 특성에 따른 건강관련 삶의 질을 살펴보면, 전기고령노인과 중기고령노인의 경우 홀로 거주하는 노인의 삶의 질이 유의하게 높았고($p<.001$) 그 외는

유의한 차이가 없었다(Table 1).

2. 연령주기별 건강관련 특성과 건강관련 삶의 질 수준

신체적 건강관련 특성으로 만성질환 수는 전기고령노인 1.45개, 중기고령노인 1.55개, 후기고령노인 1.25개로 후기고령노인에서 다른 집단에 비해 유의하게 적었다($p=.001$). 기능적 건강관련 특성으로 ADL 의존도는 전기고령노인 7.13점, 중기고령노인 7.48점, 후기고령노인 8.02점이었고, IADL 의존도는 10.84점, 12.03점, 14.78점으로 ADL과 IADL 의존도 모두 전기고령노인에서 중기고령노인, 초 고령 노인으로 갈수록 유의하게 높아졌다($p<.001$). 심리적 건강관련 특성으로 우울은 연령주기별로 6.56점, 6.53점, 6.37점이었고 주관적 건강지각은 2.62점, 2.58점, 2.49점이었으며 우울과 주관적 건강지각은 연령주기별 유의한 차이가 없었다.

건강관련 삶의 질은 전기고령노인 44.13점, 중기고령노인 43.14점, 후기고령노인 42.68점으로 후기고령노인이 전기고령노인에 비해 유의하게 낮았다($p=.007$) (Table 2).

3. 연령주기별 건강관련 특성과 건강관련 삶의 질 상관관계

전기고령노인에서 건강관련 삶의 질과 만성질환 수

Table 2. Levels of HRQOL and Variables in Age-specific Groups (N=1,533)

Characteristics	Young old ^a	Old old ^b	Oldest old ^c	F	p	Scheffe
	(n=753)	(n=602)	(n=178)			
	M(±SD)					
HRQOL	44.13(±6.99)	43.14(±6.95)	42.68(±7.11)	4.98	.007	a>c
Physical health-related characteristics						
Chronic disease	1.45(±1.00)	1.55(±.77)	1.25(±.93)	6.67	.001	a,b>c
Functional health-related characteristics						
ADL	7.13(±1.01)	7.48(±2.11)	8.02(±2.94)	19.11	<.001	a<b<c
IADL	10.84(±3.83)	12.03(±6.00)	14.78(±8.92)	37.54	<.001	a<b<c
Psychological health-related characteristics						
Depression	6.56(±3.62)	6.53(±3.49)	6.37(±3.55)	.20	.821	
Self-rated health	2.62(±.72)	2.58(±.77)	2.49(±.81)	2.11	.122	

HRQOL=Health-related quality of life; ADL=Activities of daily living

IADL= Instrumental activities of daily living

($r=-.25, p<.01$), ADL 의존도($r=-.21, p<.01$) 및 IADL 의존도($r=-.28, p<.01$), 우울($r=-.41, p<.01$)은 유의한 부적 상관관계를 나타냈고 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각($r=.45, p<.01$)은 유의한 정적 상관관계를 나타냈다.

중기고령노인에서도 건강관련 삶의 질과 만성질환수($r=-.25, p<.01$), ADL 의존도($r=-.28, p<.01$) 및 IADL 의존도($r=-.32, p<.01$), 우울($r=-.38, p<.01$)은 유의한 부적 상관관계를 나타냈고 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각($r=.47, p<.01$)은 유의한 정적 상관관계를 나타냈다.

후기고령노인에서는 건강관련 삶의 질과 ADL 의존도($r=-.52, p<.01$) 및 IADL 의존도($r=-.50, p<.01$), 우울($r=-.50, p<.01$)은 유의한 부적 상관관계를, 건강관련 삶의 질과 주관적 건강지각($r=.43, p<.01$)은 유의한 정적 상관관계를 나타냈다(Table 3).

4. 연령주기별 건강관련 삶의 질 관련 요인

취약계층 여성노인의 연령주기별 건강관련 삶의 질 관련요인을 살펴보기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

먼저 다중회귀분석의 기본조건을 확인하기 위해 종속 변수인 건강관련 삶의 질의 정규분포를 확인하였고, 독립변수의 다중공선성, 잔차, 특이값을 확인하였다. 다중공선성을 확인하기 위해 공차한계(tolerance)와 분산팽창인수(variance inflation factor, VIF)를 살펴본 결과, 공차한계는 .806-.990으로 0.1 이상이었고 분산팽창인수는 1.010-1.241로 10미만으로 나타나 다중공선성의 문제는 없는 것으로 확인되었다. 독립변수의 독립성을 확인하기 위한 Durbin-Watson 통계량은 2.012로 1.888-2.145 범위에 있어 자기상관관계가 없는 것으로 확인되었다. 잔차의 가정을 충족하는지 검정한 결과, 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였고 특이값을 확인하기 위한 Cook's distance 값이 1.0을 초과하는 값은 없었다. 이로써 회귀식의 가정이 모두 충족되어 회귀분석 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 나타났다.

다중회귀분석에서 전기고령노인과 중기고령노인의 경우 χ^2 -test로 검정한 결과, 건강관련 삶의 질에 유의한 차이를 보인 변수인 독거와 Pearson correlation에서 건강관련 삶의 질과 유의한 상관성을 보인 변수

Table 3. Correlations between HRQOL and Variables in Age-specific Groups (N=1,533)

Age-specific group		1	2	3	4	5
Young old	1. HRQOL	1				
	2. Chronic disease	-.25**	1			
	3. ADL	-.21**	.06	1		
	4. IADL	-.28**	.08*	.62**	1	
	5. Depression	-.41**	.09*	.09**	.17**	1
	6. Self-rated health	.45**	-.23**	-.14**	-.21**	-.34**
Old old	1. HRQOL	1				
	2. Chronic disease	-.25**	1			
	3. ADL	-.28**	.05	1		
	4. IADL	-.32**	.13**	.73**	1	
	5. Depression	-.38**	.12**	.17**	.27**	1
	6. Self-rated health	.47**	-.24**	-.29**	-.31**	-.35**
Oldest old	1. HRQOL	1				
	2. Chronic disease	-.12	1			
	3. ADL	-.52**	-.03	1		
	4. IADL	-.50**	-.07	.75**	1	
	5. Depression	-.50**	.11	.14	.27**	1
	6. Self-rated health	.43**	-.34**	-.31**	-.30**	-.28**

* $p<.05$ ** $p<.01$

HRQOL=Health-related quality of life; ADL=Activities of daily living
IADL= Instrumental activities of daily living

인 만성질환 수, ADL, IADL, 우울, 주관적 건강지각을 단계적으로 투입하였고, 명목변수인 독거여부는 가변수(dummy variable)로 처리하여 분석하였다. 후기 고령노인의 경우는 Pearson correlation에서 건강관련 삶의 질과 유의한 상관성을 보인 변수인 ADL, IADL, 우울, 주관적 건강지각을 단계적으로 투입하였다.

연령주기별로 건강관련 삶의 질 관련요인을 살펴본 결과, 전기고령노인에서는 주관적 건강지각($\beta=.28, p<.001$), 우울($\beta=-.27, p<.001$), IADL 의존도($\beta=-.16, p<.001$), 만성질환 수($\beta=-.14, p<.001$), 독거($\beta=.10, p=.002$)가 유의한 변수로서 주관적 건강지각이 높을수록, 우울과 IADL 의존도 및 만성질환 수가 낮을수록, 홀로 거주하는 노인의 건강관련 삶의 질이 높았고 이들 변수가 건강관련 삶의 질의 31.6%를 설명하였다($F=66.09, p<.001$).

중기고령노인에서는 주관적 건강지각($\beta=.30, p<.001$), 우울($\beta=-.21, p<.001$), 독거($\beta=.18, p<.001$), 만성질환 수($\beta=-.15, p<.001$), IADL 의존도($\beta=-.15, p<.001$)가 유의한 변수로서 주관적 건강지각이 높을수록, 우울이 낮을수록, 홀로 거주하는 노인, 만성질환 수와 IADL 의존도가 낮을수록 건강관

련 삶의 질이 높았으며 이들 변수가 건강관련 삶의 질의 32.6%를 설명하였다($F=56.82, p<.001$).

후기고령노인에서는 우울($\beta=-.40, p<.001$), ADL 의존도($\beta=-.39, p<.001$), 주관적 건강지각($\beta=.18, p=.005$)이 유의한 변수로서 우울과 ADL 의존도가 낮을수록, 주관적 건강지각이 높을수록 건강관련 삶의 질이 높았고 이들 변수가 건강관련 삶의 질의 46.0%를 설명하였다($F=48.94, p<.001$)(Table 4).

IV. 논 의

본 연구는 고령과 여성, 경제적 어려움을 겪고 있는 취약계층 여성노인의 건강관련 삶의 질 관련요인을 연령주기별로 살펴보고자 시도되었다.

본 연구대상자의 모든 연령주기에서 과반수 이상이 무학이었고 후기고령노인으로 갈수록 유의하게 많았다. 본 연구와 유사하게 취약계층의 남성을 대상으로 한 연구(Jeon & Choi, 2010)에서도 초 고령 남성노인의 무학 비중이 44.7%로 유의하게 높았는데 본 연구의 여성대상자는 81.5%가 무학으로 나타나 여성의 교육기회가 많이 부족하였음을 알 수 있었다.

기존 연구(Tajvar et al., 2008)에서 높은 교육수

Table 4. Factors related to HRQOL according to Age specific groups (N=1,533)

		B	β	Adj. R ²	t	p	F(p)
Young old	Constant	46.34			37.53	<.001	
	Self-rated health	2.69	.28	.19	8.16	<.001	
	Depression	-.52	-.27	.27	-8.11	<.001	
	IADL	-.30	-.16	.29	-5.12	<.001	
	Chronic disease	-.95	-.14	.31	-4.25	<.001	
	Living condition*	1.90	.10	.32	3.07	.002	66.09(<.001)
Old old	Constant	42.45			34.88	<.001	
	Self-rated health	2.72	.30	.21	7.98	<.001	
	Depression	-.41	-.21	.26	-5.53	<.001	
	Living condition*	3.36	.18	.29	5.10	<.001	
	Chronic disease	-1.05	-.15	.31	-4.17	<.001	
	IADL	-.17	-.15	.33	-4.04	<.001	56.82(<.001)
Oldest old	Constant	53.81			28.25	<.001	
	Depression	-.78	-.40	.25	-6.78	<.001	
	ADL	-1.02	-.39	.44	-6.50	<.001	
	Self-rated health	1.52	.18	.46	2.87	.005	48.94(<.001)

*Dummy variable : alone=1, with family=0.

HRQOL=Health-related quality of life; ADL=Activities of daily living

IADL=Instrumental activities of daily living

준은 높은 사회적 지위 및 경제적 상태와의 상관성을 통해서 직·간접적으로 건강관련 삶의 질에 영향을 미치므로 교육수준이 낮은 집단이 건강관련 삶의 질이 낮은 결과를 보고하였다. 그러나 본 연구에서 교육수준에 따른 건강관련 삶의 질은 유의한 차이가 없어 기존 연구와 상이하였다. 이는 기존 연구(Tajvar et al., 2008)가 남성노인과 여성노인을 모두 포함한 결과이지만 본 연구는 여성 단일집단인 특성 때문으로 생각된다. 즉, 여성이 남성에 비해 상대적으로 교육수준이 낮음으로써 상대적으로 삶의 질 저하를 느끼지만 여성끼리 동일 집단에서는 교육수준이 삶의 질 차이를 가져오지 않는 것으로 생각된다.

여성노인은 모든 연령주기에서 홀로 거주하는 경우가 압도적으로 많아 배우자 사망 후에도 여전히 혼자 생활하는 것을 선호하는 경향이 있음을 알 수 있었고 후기고령노인이 앓는 만성질환 수는 전기고령노인과 중기고령노인에 비해 유의하게 적었는데 이는 연령이 증가할수록 많은 만성질환을 앓는 노인이 사망하기 때문으로 유추된다.

ADL과 IADL 의존도는 연령이 증가할수록 유의하게 증가하여 초 고령 노인일수록 일상생활활동에 장애를 겪고 있었고, 우울정도는 평균 6.37-6.56 정도로서 경증 우울수준을 나타냈다. 이는 일반 여성노인의 우울수준이 정상범위라는 결과(Park, Kwon, & kwon, 2013; Yang, 2012)와 차이를 보여 상대적으로 취약계층 여성노인의 우울정도가 높음을 나타냈으며 연령주기별로 차이가 없었다.

주관적 건강지각 점수는 평균 2.49-2.62점(1-5점 범위)으로 자신의 건강상태를 '나쁨'에서 '보통'사이로 인지하였고 저소득 여성노인을 대상으로 한 다른 연구(Kim, Y. H., 2013)에서의 평균 2.56-2.78점(1-5점 범위) 및 일반 여성노인의 주관적 건강지각 수준인 평균 2.72점(1-5점 범위)(Lee, 2013)과 유사하게 나타났다.

연령주기별 건강관련 삶의 질 수준을 보면, 후기고령노인이 전기고령노인에 비해 유의하게 삶의 질이 낮아 노이가 많은 노인일수록 삶의 질이 낮다는 기존 연구들(Aghamolaei, Tavafian, & Zare, 2009; Kim, Y. H., 2013; Tajvar et al., 2008)과 유사하여 초 고령사회로의 진입을 10년 남짓 남겨둔 현시점에서 우

리나라 후기고령노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 전략을 모색할 필요가 있다고 하겠다. 또한 본 연구와 유사하게 취약계층의 남성 노인을 대상으로 한 연구(Jeon & Choi, 2010)에서도 초 고령남성의 건강관련 삶의 질이 유의하게 낮다고 보고한 결과를 참고할 때, 초 고령이면서 취약계층의 노인은 남성, 여성 모두 다른 연령주기에 비해 삶의 질이 낮음을 나타내는 것으로 삶의 질 향상을 위한 중점 대상이 되어야 함을 의미한다.

취약계층 여성노인의 연령주기별 건강관련 삶의 질 관련요인을 살펴보면, 전기고령노인과 중기고령노인은 유사한 특성을 보였고 후기고령노인은 다른 연령집단과 상이한 결과를 보였다. 즉, 전기고령노인과 중기고령노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 주관적 건강지각, 우울, IADL 의존도, 만성질환 수, 독거로서, 주관적 건강지각이 높을수록, 우울과 IADL 의존도 및 만성질환 수가 적을수록, 홀로 사는 노인의 건강관련 삶의 질이 높았다. 후기고령노인에서는 우울, ADL 의존도, 주관적 건강지각이 중요한 영향요인으로서 우울과 ADL 의존도가 적을수록, 주관적 건강지각이 높을수록 건강관련 삶의 질이 높았다.

본 연구에서 주관적 건강지각은 전기고령노인과 중기고령노인에서는 가장 영향력이 큰 변수이었고 후기고령노인에서는 그 영향력이 다소 감소되었지만 모든 연령주기의 여성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 변수이었다. 주관적 건강지각은 취약계층 남녀노인의 건강관련 삶의 질에도 유의한 영향요인이었고(Kim, J. I., 2013), 일반 남녀노인의 건강관련 삶의 질(Lee, 2013)과, 도시와 농촌의 일반 남녀노인의 건강관련 삶의 질에도 유의한 영향을 미치는 요인이었다(Yang et al., 2014).

한편, 만성질환 수도 본 연구에서 전기고령노인과 중기고령노인에서 건강관련 삶의 질의 영향요인이었지만 주관적 건강지각의 영향력 보다는 낮았고 후기고령노인에서는 유의한 영향요인이 아니었다. 이는 여성노인이 만성질환을 여러 개 앓고 있다 하더라도 자신의 건강상태를 '이만하면 좋다'라고 인식한다면 건강관련 삶의 질이 악화되지 않음을 유추할 수 있으며 후기고령노인으로 나아갈수록 만성질환을 수용하게 됨을 의미한다고 할 수 있다. 따라서 노화에 따라 불가피하게

겪게 되는 질환을 조기에 적절히 관리함으로써 만성화 되지 않도록 노력함과 더불어 만성질환을 앓고 있는 상황이라도 주관적 건강지각을 향상시킴으로써 건강 관련 삶의 질을 향상시키는 노력이 필요함을 알 수 있었다. 본 연구대상자의 주관적 건강지각 수준이 모든 연령주기에서 '보통' 이하의 수준을 나타낸 것을 고려할 때 '보통' 이상으로 향상시키는 노력이 필요하다고 하겠다.

우울은 전기고령노인과 중기고령노인에서는 주관적 건강지각 다음으로 영향력 있는 요인이었고 후기고령노인에서는 영향력이 가장 큰 요인이었다. 우울은 취약계층의 남성노인을 대상으로 한 연구(Jeon & Choi, 2010)에서도 건강관련 삶의 질에 우울은 유의한 요인이었고 도시와 농촌의 일반노인(Yang et al., 2014)의 건강관련 삶의 질에도 유의한 영향요인이었다.

노인은 경제사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립, 만성질환, 지나온 세월에 대한 후회 등으로 다른 연령집단에 비해 우울을 경험하기 쉽다(Jeon & Choi, 2010)는 것은 이미 밝혀진 사실로서 노인의 우울관리는 건강관련 삶의 질 향상에서 아무리 강조해도 지나치지 않는다고 할 수 있다. 본 연구대상자의 우울점수가 평균 6.37-6.56 정도로 경증 우울을 나타낸 것에 비해, 일반 여성노인의 평균 우울점수는 4.14점으로 정상이었음을 고려할 때, 경제적 상태는 우울과 관련이 높다는 보고를 지지하였다(Park et al., 2013).

본 연구결과에서 주목할 점은 전기고령노인과 중기고령노인의 경우 독거노인의 건강관련 삶의 질이 유의하게 높았고 후기고령노인에서는 그 영향력이 사라졌다는 결과이다. 여성은 평균수명이 길뿐 아니라 평균적으로 3-4세 나이가 많은 남성과 결혼하고 재혼율이 낮기 때문에 최소한 8-10년 동안 배우자 없이 지내게 되므로 독거 여성노인이 적지 않을 것으로 예상되는데 본 연구에서도 모든 연령주기에서 84.3-87.1%의 여성노인이 혼자 사는 것으로 나타나 여성노인의 문제는 독거노인의 문제라 할 수 있다. 또한 여성노인의 삶의 만족도를 조사한 연구(Kang & Kim, 2009)에서, 여성노인을 빈곤단독세대, 빈곤부부세대, 비 빈곤단독세대, 비 빈곤부부세대로 구분하였을 때, 빈곤단독세대 여성노인의 삶의 만족도가 가장 낮았다고 보고하였듯이, 소외감과 고독감을 많이 느끼는 노년기의 특성과

맞물려 혼자 사는 노인의 심리적인 문제는 가족과 함께 사는 노인에 비해 심각성이 높을 것으로 생각하였다.

그러나 본 연구에서는 이러한 예상과는 달리 전기고령노인과 중기고령노인에서 독거여성노인의 건강관련 삶의 질이 유의하게 높았다. 이러한 연구결과는 다음과 같이 해석해 볼 수 있겠다. 첫째, 여성노인이라는 성별 특성을 반영한 결과라 생각된다. 여성노인이 자녀와 함께 사는 경우 자녀의 지지를 많이 받는다는 의미도 되지만 한편으로는 자녀세대의 여성 사회진출이 많아지면서 여성노인이 손자녀를 돌보거나 집안일을 하는 경우가 많아졌는데 노년기의 손자녀 양육과 집안일은 여성노인에게 큰 스트레스와 부담으로 작용할 가능성이 많을 것이다. 60세 이상 여성노인이 자녀와 함께 사는 이유로 손자녀 양육과 집안일을 돕기 위해서라고 응답한 경우는 28.2%이었고(Statistics Korea, 2009), 노인의 손자녀 양육기간은 평균 8.6년이였다(Park et al., 2010). 이러한 전제하에, 65-84세에 해당하는 전기고령노인과 중기고령노인은 가사일이나 손자녀 양육을 기대할 수 있는 연령대인데 비해 85세 이상의 후기고령노인에서는 이러한 기대가 사라지는 연령대이므로 전기고령노인과 중기고령노인의 삶의 질에 유의한 영향을 미쳤던 독거여부가 후기고령노인에서는 그 영향력이 사라진 것도 같은 맥락이라 할 수 있다. 또한 기존세대에서는 남성이 집안일에 참여하여 분담하는 분위기가 별로 형성되지 않았으므로 노인 부부끼리만 사는 형태에서도 여성노인은 지지를 받기 보다는 남편을 돌보아야 하는 부담이 적지 않을 것으로 예상된다. 추후 남성노인만을 대상으로 하는 반복적인 연구가 수행된다면 성별 특성을 확인할 수 있으리라 생각된다.

둘째, 방문건강관리사업의 대상자라는 특성을 반영한 결과라 생각된다. 즉, 혼자 사는 노인의 경우 가족 지지가 감소됨으로써 발생하는 소외감과 고독감이 본 연구대상자의 경우는 맞춤형 방문건강관리사업의 대상자로서 정기적으로 방문간호사의 관리를 받게 되므로 공적인 지지체계에 의해 보상되었을 가능성이 있다. 일 연구에서 방문건강관리사업의 대상자가 아닌 일반 여성노인의 최근 한 달 동안 방문접촉을 조사한 결과, 자녀와 한 번도 접촉하지 않은 여성노인은 24.7%, 형제자매를 비롯한 친척과 한 번도 접촉하지 않은 경우는

69.9%, 친구·이웃과 한 번도 접촉하지 않은 경우는 40.9%이었다. 또한 전화접촉에서도 자녀와 한 번도 통화하지 않은 경우 21.5%, 친척 68.8%, 친구·이웃 84.9%이었다. 이처럼 일반 독거여성노인의 방문접촉과 전화접촉의 빈도가 낮은 것으로 볼 때 고독감과 소외감이 매우 크고 결과적으로 건강관련 삶의 질에 악영향을 미칠 것으로 예상되지만, 본 연구대상자는 정기적으로 방문간호사의 관리를 받고 있으며 이러한 접촉이 일부 긍정적으로 작용했을 것을 유추해 볼 수 있다.

기존 연구에서 IADL, ADL은 모두 노인의 신체적 독립을 결정하는 주요 요인이고(Jung, Kim, Choi, Lee, & Park, 2009), IADL, ADL이 독립적일 때 건강관련 삶의 질이 높았다(Kim, J. I., 2013). 그런데 본 연구에서 취약계층 여성노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 면에서 IADL과 ADL의 상대적 중요도가 연령주기별로 달리 나타나, 전기고령노인과 중기고령노인은 IADL이 건강관련 삶의 질에 중요한 요인이지만 후기고령노인의 경우는 ADL이 중요한 요인으로 나타났다.

IADL과 ADL을 비교해보면, IADL은 근거리 외출, 교통수단 이용, 물건사기, 금전관리, 전화사용과 같은, 신체적 자립을 넘어 좀 더 사회와의 상호작용에 필요한 일상생활동작이고, ADL은 옷 입기, 세수하기, 목욕, 식사하기, 화장실 사용과 같은, 기본적인 일상생활 동작이다. 따라서 전기고령노인과 중기고령노인은 기본적인 일상생활동작 보다 사회적 상호작용을 의미하는 동작들이 건강관련 삶의 질에 더 의미가 있는 반면, 후기고령노인은 생명유지에 필수적인 의미로서의 ADL 수준이 건강관련 삶의 질에 더 의미가 있다는 것으로 생각할 수 있겠다. 이처럼 연령주기별로 취약계층 여성노인의 건강관련 삶의 질 면에서 IADL과 ADL의 상대적 중요도가 다를 수 있었다.

본 연구는 일 도시의 맞춤형 방문건강관리 사업의 대상자만을 포함하였으므로 연구결과를 일반화하는데 제한이 있지만 연령주기별로 취약계층 여성노인의 건강관련 삶의 질의 영향요인이 다를 수 있음을 파악한데 의의가 있다고 하겠다.

V. 결 론

취약계층 여성노인의 연령주기별 건강관련 삶의 질은 후기고령노인이 유의하게 낮았고 건강관련 삶의 질 영향요인에서 전기고령노인과 중기고령노인은 유사한 특성을 보이는 반면, 후기고령노인은 독특한 특성을 보였다. 즉, 전기고령노인과 중기고령노인의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 주관적 건강지각, 우울, IADL 의존도, 만성질환 수, 독거로서, 주관적 건강지각이 높을수록, 우울과 IADL 의존도 및 만성질환 수가 적을수록, 홀로 사는 노인의 건강관련 삶의 질이 높았다. 후기고령노인의 건강관련 삶의 질은 우울, ADL 의존도, 주관적 건강지각의 영향을 받아 우울과 ADL 의존도가 적을수록, 주관적 건강지각이 높을수록 건강관련 삶의 질이 높았다. 노인의 신체적 기능수준 및 독립을 사정하기 위해 동일하게 이용되었던 IADL과 ADL이 연령주기별로 상대적 중요도가 달라서, 전기고령노인과 중기고령노인에서는 사회적 상호작용의 의미가 강한 IADL이 건강관련 삶의 질에 더 중요하고 후기고령노인에서는 생명유지에 필수적인, 기본 일상생활 동작인 ADL이 더 중요함을 알 수 있었다. 취약계층으로서 맞춤형 방문건강관리 사업의 공식적인 지원을 받는 여성노인은 혼자 산다하더라도 건강관련 삶의 질이 높은 것으로 나타나, 가족, 친척, 친구·이웃의 비공식적인 지원체계의 부족한 면을 채워줄 수 있는 공식적인 지원체계가 형성되어야 할 것이다.

References

- Aghamolaei, T., Tavafian, S. S., & Zare, S. (2009). Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: A population-based study. *Acta Medica Iranica*, 48(3), 185-191.
- Borgaonka, M. R., & Irvine, E. J. (2000). Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorder. *Gut*, 47(3), 444-454. <http://dx.doi.org/10.1136/gut.47.3.444>
- Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., & Martin-Moreno, J. M. (1999). Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and*

- Community Health*, 53(7), 412-416.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.53.7.412>
- Jeon, E. Y., & Choi, Y. H. (2010). Factors affecting the health-related quality of life According to age in vulnerable aged men. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 400-410. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.3.400>
- Jung, K. H. (1997). Quality of life in elderly women. *Health Welfare Forum*, 13, 43-52. Retrieved June, 10, 2014, from <https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/forum/view.jsp?bid=19&aid=51&ano=4>
- Jung, J. Y., Kim, J. S., Choi, H. J., Lee, K. Y., & Park, T. J. (2009). Factors associated with ADL and IADL from the third Korea national health and nutrition examination survey(KNHANES III), 2005. *Journal of Korean Family Medicine*, 30(8), 598-609. <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2009.30.8.598>
- Kang, H. J., & Kim, Y. J. (2009). Life satisfaction of older women focused on household types and poverty levels. *Korean Journal of Community Living Science*, 20(1), 71-80.
- Kee, B. S. (1996). A preliminary study for the standardization of geriatric depression scale short form-Korea version. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 35(2), 298-307.
- Kim, J. I. (2013). Levels of health-related quality of life(EQ-5D) and its related factors among vulnerable elders receiving home visiting health care services in some rural area. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 24(1), 99-109. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.1.99>
- Kim, Y. H. (2013). Factors influencing the health-related quality of life by age among vulnerable elderly women. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 14(3), 1342-1349.
- Kim, E. Y., Shin, E. Y., & Kim, Y. M. (2004). Caregiver burden and health-related quality of life among stroke caregivers. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 18(1), 5-13.
- Lee, S. H. (2013). Gender difference in influencing factors on health related quality of life among the elderly in community. *The Journal of Digital Policy & Management*, 11(12), 523-535. <http://dx.doi.org/10.14400/jdpm.2013.11.12.523>
- Lee, H. S., Kim, H. S., & Jung, Y. M. (2009). Depression and quality of life in Korean elders. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20(1), 12-22.
- Park, K. Y. (2013). Factors influencing health-related quality of life by gender among elderly beneficiaries of the national basic livelihood security system : Using the community health survey, 2010. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 15(6), 3219-3233.
- Park, D. S., Ma, S. J., & Choi, K. E. (2010). *Current situation of the rural vulnerable class and policy improvement measures: Centered on the elderly living alone and grandparents-grandchildren families*. Korea Rural Economic Institute Research Report R612/2010.10. Retrieved June, 10, 2014, from http://library.krei.re.kr/dl_images/001/033/R612.pdf
- Park, K. E., Kwon, M. H., & Kwon, Y. E. (2013). Correlation among depression, death anxiety, and quality of life of aged women. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 27(3), 527-538. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2013.27.3.527>
- Sheikh, J. A., & Yesavage, J. A. (1986).

- Geriatric depress scale(GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). NY: the Haworth press.
- Shin, K. R., Byeon, Y. S., Kang, Y., & Oak, J. (2008). A study on physical symptom, activity of daily living, and health-related quality of life(HRQoL) in the community-dwelling older adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(3), 437-444. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.437>
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715 - 732. <http://dx.doi.org/10.1111/1540-4560.00286>
- Statistics Korea. Daejeon. (2013). *Statistics of aged*. Retrieved June, 10, 2014, from <http://kosis.kr>
- Statistics Korea. Daejeon. (2012). *Life table. national approval statistics 10135*. Retrieved June, 10, 2014, from <http://kosis.kr>
- Statistics Korea. Daejeon. (2010). *Estimated future population: 2010-2060*. Retrieved June, 10, 2014, from <http://kosis.kr>
- Statistics Korea. Daejeon. (2009). *Report on the social survey*. Retrieved June, 10, 2014, from <http://kostat.go.kr>
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8, 323. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-323>
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measure: A manual for users of the SF-8 health survey*. Lincoln: Quality Metric Incorporated
- Won, C. W., Yang, K. Y., Rho, Y. G., Kim, S. Y., Lee, E. J., Yoon, J. L., Cho, K. H., Shin, H. C., Cho, B. R., Oh, J. R., Do, K. Y., Lee, H. S., & Lee, Y. S. (2002). The development of Korean activities of daily living and Korean instrumental activities of daily living scale. *Journal of Korean Geriatric Society*, 6(2), 107-120.
- Yang, S. A. (2012). Factors influencing depression of elderly women in a metropolitan city. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(1), 158-173. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.1.158>
- Yang, S. O., Cho, H. R., & Lee, S. H. (2014). A comparative study on influencing factors of health related quality of life of the elderly in senior centre by region: Focus on urban and rural areas. *Journal of Digital Convergence*, 12(1), 501-510.

Factors associated with Health-related Quality of Life in Vulnerable Elderly Women

Shin, Gyeyoung (Assistant Professor, Department of Nursing, Shinhan University)

Kim, Eun Kyung (Associate Professor, Department of Nursing, Suwon Science College)

Purpose: The aim of this study was to understand the determinants of health-related quality of life (HRQOL) according to age groups in vulnerable elderly women. **Methods:** We conducted a cross-sectional study with 1,533 elderly women beneficiaries of the visiting health care program in Seoul. The participants were divided into three age groups: the young-old (n=753, 65-74 years), old-old (n=602, 75-84 years), and oldest-old (n=178, 85 years or older) groups. HRQOL was measured using the SF-8 questionnaire. **Results:** HRQOL was found to be worse in the oldest-old group ($p=.007$). Factors associated with HRQOL differ by age groups. In the young-old and old-old groups, higher HRQOL showed significant correlation with a higher level of self-rated health (SRH) and a lower level of depression, instrumental activities of daily living (IADL) dependence, and the number of chronic diseases. In addition, higher HRQOL was observed for elderly living alone than for those living with family. In the oldest group, higher HRQOL showed significant correlation with a lower level of depression, activities of daily living (ADL) dependence, and a higher level of SRH. **Conclusions:** In age specific groups, lower levels of HRQOL were observed for the oldest-old group than for the other age groups. Age group-specific nursing strategies may be required for improving HRQOL levels of vulnerable elderly women.

Key words : Quality of Life, Aged, Women